

社会福祉法人巴会 ケアセンターこんぱす  
介護職員初任者研修(通信課程)

# 受講申込書

令和 年 月 日

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
		性別	男・女
住所 連絡先	〒	TEL	

【所属先施設・事業所】

事業所名	
所在地 連絡先	〒 TEL

受講申込チェック表(該当する項目に必ずご記入下さい)

研修課程	5月6日開講(週1回版)	どちらかに○を記入
	5月6日開講(毎日版)	
介護経験	<input type="checkbox"/> 有り 実務経験 ( 年 ケ月 ) <input type="checkbox"/> 無し	

■オリエンテーションに参加できます	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
■16日間のスクーリング全日程に参加できます	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
■受講料振込み予定日	令和 年 月 日

受講申込みについて

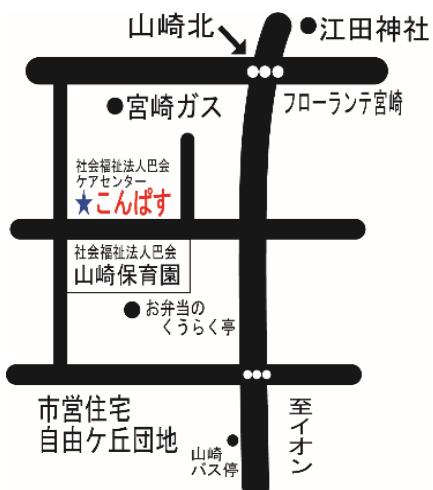
郵送又はFAXにてお申し込み下さい！

住 所：〒880-0836  
宮崎市山崎町上ノ原1060番地1  
ケアセンターこんぱす  
FAX：0985-83-3958

※受講料・テキスト代は期限厳守の上、  
下記の口座にお振込み下さい！

振込み期限：令和3年4月23日(金)

【振込先】	金融機関名	宮崎太陽銀行 花ヶ島支店
	預金の種類	普通預金
	口座番号	1085720
	口座名義	社会福祉法人巴会 こんぱす 所長 山本 順子



ご質問、ご不明な点がございましたら、ご遠慮なく  
お問合せ下さい！